

- ☐ สำนักงานใหญ่ (จุฬารัตน์ 9) 90/5 หมู่ที่ 13 ถ.กิ่งแก้ว ต.ราชาเทวะ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 โทร. 0-2738-9900-8 แฟกซ์ : 0-2738-9740
- ☐ จุฬารัตน์ 7 142/5-8 ริมถนนอ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250 โทร. 0-2328-7653, 0-2329-1559-60, 0-2329-1638
- ☐ จุฬารัตน์ 8 342/12-13 ถนนลาดกระบัง แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520 โทร. 0-2326-7104, 0-2326-7903-4



ใบเสร็จรับเงิน/งบสรุป ค่ารักษาพยาบาล

หน้าที่ : 1 / 1

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0115536003053

H.N. 051010996

A.N.

ชื่อ นางสาว ธิติพร 
เงินสด 

เลขที่ 01 - 57025332

วันที่ 30/10/2557

ซึ่งป่วยเป็นโรค คออักเสบ

มาขอรับการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่ 30/10/2557 เวลา 21:43:26

ถึงวันที่ 30/10/2557 เวลา 21:54:08 ดังรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	ส่วนลด	จำนวนเงินสุทธิ
1. ค่ารักษาพยาบาล (Medical Service)			
1.1. 1 (3) ยาผู้ป่วยนอก (Outpatient Medication)	557.00	0.00	557.00
1.1.14 (2) ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วย (Hospital Service)	50.00	0.00	50.00
1.2 ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ (Health Professional Fees)			
1.2.1 (1) ค่าตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (Outpatient Care)	300.00	0.00	300.00

กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์
CHULARAT HOSPITAL GROUP

การขอรับเงินคืน

แพทย์ผู้รักษา : น.พ. สุภากร คล้ายโคตรรัตน์

ลงชื่อ

(คุณกาญจนา พัวพันธ์)

เจ้าหน้าที่การเงิน

รวมจำนวนเงิน	907.00
หัก ส่วนลด	0.00
	907.00
หัก ส่วนลดพิเศษ	0.00
	907.00
หัก เงินมัดจำ	0.00
รวมทั้งสิ้น	907.00